Rok XXXVII. Kraków 18. Czerwca 1898. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Gabryel Ayala o kile.

Podał

Dr. Leopold Glück,

radca sanitarny i prymaryusz szpitala krajowego w Sarajewie.

Zbierając przed półtora rokiem w krakowskiej Bibliotece uniwersyteckiej materyały do rozprawki: „Przyczynek do historyi trądu w Polsce“ [1]), wpadł mi przypadkiem w ręce tomik, zawierający „Popularia epigrammata medica“ [2]) Ayali. Przy przeglądaniu go, zwróciły szczególniejszą moją uwagę dwa utwory wierszowane, tyczące się kiły, które, o ile mi wiadomo, uszły uwagi wszystkich badaczy, zajmujących się historyą literatury tej choroby mimo, iż z kilku względów zasługują, by je wygrzebać „z zapomnienia piasku“.

Wiersze te podaję niżej w łacińskim oryginale i w wiernym, o ile to było możebne, dosłownym przekładzie polskim.

Wiadomą jest rzeczą, że w XV i XVI stuleciu małą była liczba lekarzy, którzyby nie uważali kiły za chorobę zupełnie nową, przedtem jeszcze nie widzianą i nieznaną. Ucieszyło mnie więc bardzo, gdym znalazł, że klasycznie wysoko wykształcony, a przytem obdarzony poetyckim talentem autor „Epigramatów“, który żył w pierwszej połowie XVI wieku, podzielał zdanie Leonicena i Fracastora, którzy pierwsi twierdzili, że kiła jest chorobą, istniejącą od wieków. W pierwszym z niżej przytoczonych wierszy zarzuca Ayala całe szeregi cudackich nazw, któremi autorowie kiłę mienili i zatrzymuje tylko „morbus Gallicus“, jakie od dawna już miała. Czyż to nie jest nowym dowodem, wzmacniającym już dobrze i zkądinąd umotywowane twierdzenie Prokscha [3]), że istnienie tego miana ludowego dla kiły jest również jednym z dowodów wielkiego rozprzestrzenienia tej choroby, na długi czas przedtem, nim ku końcowi XV-go wieku, rzekomo jako cierpienie nagminne, wystąpiła?

Kto zna patologiczne pojęcia o kile i trądzie lekarzy w pierwszej połowie XVI-go wieku, nie zadziwi się, że Ayala jest przekonanym, iż siedzibą właściwą kiły, jako choroby ogólnej ustroju człowieka, jest wątroba, której miąsz wskutek kiły staje się „słabym, suchym i zimnym“. Te same wywody i zapatrywania znajdujemy u wszystkich prawie pisarzy, nietylko w XVI, ale nawet jeszcze i w XVII wieku. Z chwilą jednakże, gdy Ayala opuszcza teorye i staje na pewnym gruncie praktyki i własnego doświadczenia, widzimy, że mamy do czynienia z umysłem jasnym i samodzielnym. Napomnienia jego, by lekarze nie wszystkie cierpienia skóry uważali za kiłę i by nie zalecali bez namysłu wcierania rtęci, napojów gwajakowcowych i morzenia głodem, musiały być bardzo na czasie, skoro rozważymy, że rozpoznawanie różniczkowe między chorobami skórnemi a kiłowemi, jeszcze z początkiem naszego wieku stało na bardzo nizkim stopniu.

Szczupłe wiadomości, jakie mamy dotychczas o życiu i działaniu Ayali, podane są w pierwszym tomie biograficznego leksykonu znakomitych lekarzy, wydanego w niemieckim języku przez A. Hirscha.

De lue Venerea.

Tu quoque Gallice morbe, meo donabere versu:
 Sit dea si Nemesis non inimica mihi.
Pro titulo pugnent alii tristem'q Patursam [4]),
 Syphilidem'q vocent, Parthenope [5]) sive luem:
Saturnive senis tormentum [6]), Iramve Deorum:
 Sive Pudendagram [7]), Cantabricumve [8]) probrum.
Non moror: a Cybeles populo, mihi nomen habebis
 Gallicum; ab antiquo scilicet illud habes.
Luxuriem amplexus'q vagos, venererm'q negatam
 Dum sequitur, poenas dat tibi turba salax.
Utque dat, olim etiam dedit, et sine fine datura est:
 Quandiu erit petulans tantus ubique furor.
Nec novus in nostras iam nuper missus es oras:
 Es vetus, id quamvis publica fama neget.
Quippe ex quo coepere homines contemnere summi
 Jussa Dei, indignis ausibus, ultor ades.
Et cum Tesiphone, Alecto saevaque Maegera [9]),
 Tempore ab illo hominum turpia facta notas.
Ac merito hoc nostro (quo non corruptius ullum)
 Saeculo, inaudito vulnera more facis.
Nam quo non hodie perfricta licentia venit?
 Quo non illecebrae? crimina, furta, doli?
Spurca libido, pudendus amor, lasciva'q vita
 Te sine pene omnes sub sua signa trahant.
Nutricem esse gulam medicorum infamia vulgi est:
 An non concubitus sordidus audit idem?

[1]) Przegląd lekarski, Nr. 14, 1897.

[2]) *Popularia epigrammata medica.* Ad Reverendiss. ac Illustriss. Cardinalem Granvellanum. Authore Gabriele Ayala, Doctore medica Antverpiae, ex officina Gulielmi Sylii, Typographi Regii. D. M. L. II. Cum Privilegio.

[3]) Proksch, J. K. Die Geschichte der venerischen Krankheiten II-ter Theil. Bonn 1895 p. 149 i n.

[4]) Tak nazwał Almenar kiłę. Bliższe wyjaśnienie daje Proksch w „Geschichte der venerischen Krankheiten. II-ter Theil pag. 151.

[5]) Jedna z trzech syren, które u Rzymian uosobniały pojęcie pokusy i uwiedzenia.

[6]) Odnosi się do astrologicznej „passio turpis Saturnina“, z którą niektórzy łączyli powstanie kiły w końcu XV go stulecia.

[7]) Tak nazwał kiłę Torella.

[8]) W miejsce dość często używanego „morbus Hispanicus“, albo też „morbus Castiliensis“.

[9]) Według Appolodora imiona Erynii, których było trzy, jak z Eurypidesa wiadomo.

Judex, approbrium, scrotatorum'q flagellum,
Salve adeo: in'que tuos utere iure tuo.
Ad castos, dubium'q thorum, vitamque perosos
Infamem, absque tuo vivere felle sinas.
Ni facias: te coget eo medicina salubris
Invitum: et stratum sub pede figet humo.

O zarazie wenerycznej. I ciebie chorobo galicka obdarzę wierszem swoim, jeśli bogini Nemesis nie będzie mi nieprzyjaciółką. Gdy inni sprzeczają się o miano i zowią cię smutną Patursą albo Syfilis, zarazą Partenopy, męką starego Saturna i gniewem bogów, albo Pudendagrą, albo jeszcze Kantabryjskim hańby znamieniem, ja się nie waham: od narodu Cybeli posiadasz dla mnie nazwisko galickie, a masz go od dawien dawna. O ile podda się rozkoszy, zmiennym uściskom i nieczystej miłości, o tyle składać ci będzie żołdy brudna tłuszcza. A jak ci teraz składa, tak je składała niegdyś i bez końca składać musi, jak długo gdziekolwiekbądź tak pożądliwa chuć istnieć będzie.

Nie jesteś nową i niedawno w nasze strony zesłaną; owszem starą jesteś, choć temu przeczy głos ogółu. Gdyż skoro tylko ludzie poczynają lekceważyć rozkazy Boga, stawiasz się jako mścicielka na niegodnych śmiałków i Tezyfoną, Alektą i dziką Megerą znaczysz od dawna haniebne uczynki ludzi. I słusznie naszemu wiekowi (który więcej zepsuty niż którykolwiek inny) zadajesz w niesłychany sposób rany. Gdyż gdzie już nie dochodzi dziś nieokiełzane wyuzdanie? Dokąd nie sięgają pokusy, zbrodnie, oszustwa i intrygi? Nieczysta rozkosz, haniebna miłość i rozpustne życie, bez ciebie wszystkich by prawie zaciągnęły pod swe sztandary.

Hańbą dla ogółu, że rozpusta jest żywicielką lekarzy: ażali nieczysto spółkowanie nie słyszy tego samego? Sędzio, piętno i chłosto nałożników bądź w najlepsze pozdrowioną! Wykonuj swe prawo na swoich. Lecz czystym i nienawidzącym podejrzanego łoża i haniebnego życia pozwól żyć bez twego jadu. Jeśli jednak tego nie uczynisz, pokona cię uzdrawiająca medycyna i upewni grunt pod nogami na ziemi.

In morbi Gallici agnitione multos decipi.

Non mihi depascens ulcus, scabiesve pudenda,
Non dolor articulos et caput omne premens:
Ut neque foeda gonorrhea, aut jactura pilorum,
Tuberave aut maculae, quem cano morbus erunt.
Sed iecoris labefacta caro, cum frigore sicco,
Sordido ab amplexu, Cypria virgo, tuo.
Ni forte accubitu, aut contactu serpit in hepar
Corpore ab infecto, transitione duce
Scilicet huic monstro est praesens contagio: cuius
Interventu, alios, qua data porta subit.
Sic abit in prolem a patribus: sic perdit alumnum
Non raro nutrix improba, lacte sue.
Ad quocunque modo insinuet se tristis Erinnis,
Nutat in ambiguo, dum iecur inde gemat.
Ne mihi propterea, quicun'q es, ab ulcere foedo,
Aut scabie, aut alio stygmate, triste cane,
Syphilidemque statim clama in penetrale receptam
Corporis ab multos turpis hic error habet.
Sive lucrum: rerum sive ignorantia caecet:
Multorum crimen, Gallice morbe, subis.
Lichenas, Jonthes, Marpheam [1]), alphos'q lepras'q,
Psorasque, idque genus plurima, nube premis.
Sic quoque ad internos morbos commune catharri,
Et febris est nomen, res ubi nota parum.
Discite, gens Phoeboea, lues discernere signis
Haud dubiis, medica quatenus arte licet.
Mox sacros adhibite manus, aptam'q medelam
Porrigite: hanc morbus cognitus ultro dabit.

[1]) Morpheam.

Me nuper, quidam vir nobilis ordine equestri
Consuluit: scabie stabat onusta cutis.
Papula cum maculis foedis femur omne tegebat:
Et grave supplicium iam subiturus erat:
Nos nisi conspicuo demonstrassemus, ab ictu
Parthenopes illum non ea damna pati.
Non temere in morbis tentanda extrema, Galenus
Et prior Hippocrates, admonuere satis.
O infelices nimium, qui simplice psora
Aut scabie affecto corpore summa ferunt:
Mercuriiq litus, Guaiacique acris amara
Pocula, sudores, difficilem'q famem.

Wielu się myli w rozpoznaniu galickiej choroby. Choroby, którą opiewam, nie stanowi ani wrzód gryzący, albo wyrzut na częściach płciowych, ani uciskający ból członków i całej głowy, ani szkaradna rzeżączka lub wypadanie włosów, ani guzy i plamy, lecz jest nią tylko, wskutek twego nieczystego uścisku, dziewico cypryjska, osłabiony suchem zimnem miąższ wątroby. Jeżeli się przypadkowo nie wpełznie do wątroby przez spółkowanie lub dotknięcie zarażonego ciała, to się tam dostaje przez przejście tego potwornego przyrzutu, za którego pośrednictwem wchodzi, jak przez otwarte wrota. Tak przechodzi z ojców (rodziców) na dzieci, tak nierzadko bezwstydna mamka gubi swojem mlekiem niemowlę. Lecz którąkolwiekbądź drogą smutna Erinnis się wśliźnie, waha się niepewna, póki nie jęczy wątroba.

Nie śpiewaj mi przeto smętnie, ktokolwiekbądź jesteś, dla szpetnego wrzodu, parchu lub innego znaku i nie wołaj zaraz, że kiła weszła wgłąb ciała, chociaż wielu się trzyma tego brzydkiego błędu. Częścią chęć zysku, częścią nieświadomość zaślepia. Obarczoną jesteś winami wielu, o chorobo galicka! Wysypki guzkowe, wągry, biały trąd, jakoteż białe plamy skórne, również łuszczyce i parchy i wiele innych tego rodzaju (wyrzutów) pokrywasz obłokiem.

Zwykło się mianować wewnętrzne cierpienia nieżytem i febrą, których istota nie jest dostatecznie znaną.

Ucz się plemię Febusa rozpoznawać zarazę po nieomylnych znakach, o ile to jest możebnem w sztuce lekarskiej. Prędko przyłóżcie wasze uświęcone ręce i dajcie lek stosowny, który wam rozpoznana choroba poda.

Przed niedawnym czasem radził się mnie stanu rycerskiego szlachcic: skóra była parchem pokryta. Grudki i szpetne plamy pokrywały całe udo (członek?) i już mu miała być nałożoną ciężka pokuta, gdybym nie był jasno dowiódł, że nie z razu Partenopy cierpi te ciężkie męki.

Galen, a przedtem jeszcze Hipokrates, nie bez przyczyny upominali, by bez powodu nie chwytano się ostateczności w chorobach. O wielce nieszczęśliwi, którzy ciału, okrytemu prostym liszajem lub świerzbem, co najcięższe przepisują — nacierania rtęcią, gorzkie kielichy ostrego gwajakowca, poty i głód ciężki.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Czyżewicza we Lwowie.

O zapobieganiu gorączce połogowej i przyrannej

podał

b. asystent Dr. Józef Starzewski,
dyrektor szpitala powszechnego w Tarnowie.

I.

Z całego szeregu drobnoustrojów, które mogą wywoływać gorączkę połogową i przyranną, paciorkowiec i gronkowiec ropotwórczy odgrywają niewątpliwie najważniejszą rolę, i gdyby się udało nauce lekarskiej wyjść zwycięzko w walce z nimi, to możnaby uważać sprawę gorączki połogowej i przyrannej za rozwiązaną.

Od czasów epokowych prac Semelweissa mamy cały szereg coraz to skuteczniejszych usiłowań w tym kierunku,

Równolegle z rozwojem bakteryologii powstawały nowe środki i sposoby niweczenia drobnoustrojów, — tak zwane „antiseptica“ i sposoby zapobiegania wysianiu się drobnoustrojów na świeżą powierzchnię ranną, czyli tak zwane postępowanie „aseptyczne“.

Pomimo ogromnych zysków, jakie te usiłowania, w szczególności zaś aseptyka, dla chirurgii i położnictwa przyniosły, nie można jeszcze uważać sprawy zapobiegania zakażeniu ropnemu za rozwiązaną. Gorączka połogowa i przyranna zabiera tysiące ofiar rocznie, a nawet najwzorowiej aseptycznie urządzone zakłady chirurgiczne i położnicze płacą jej pewien odsetek.

Idealna aseptyka, jak to słusznie powiedział Mikulicz na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich, jest czemś w rodzaju kwadratury koła, — nie da się urzeczywistnić. Swiadczą o tem najnowsze badania, które wykazały, że ręce operatora, wymyte najsumienniej według wszelkich przepisów, są tylko w początku operacyi względnie aseptyczne; że opatrunek aseptyczny, założony na ranę, jest tylko tak długo wolny od zarazków, jak długo jest suchy, nie przesiąknięty wydzieliną z rany; że ani pola operacyjnego, nie jesteśmy w stanie przed operacyą w zupełności wyjałowić, ani zapobiedz zakażeniu rany z powietrza. Czyli, innemi słowy, jesteśmy zawsze skazani na nieprzewidziane wypadki przy postępowaniu aseptycznem, którym zapobiedz nawet w najlepiej urządzonej klinice nie jesteśmy w stanie. Jeden niewidzialny pyłek, zawierający chorobotwórcze twory, przyniesiony z prądem powietrza na ranę, lub najmniejszy błąd we wyjaławianiu rąk lub opatrunków, może zniweczyć całe mozolne dzieło postępowania aseptycznego.

Prócz wspomnianych zasadniczych usterek aseptyki, wymaga ona całego aparatu urządzeń i wyszkolenia personalu, które to rzeczy nie dają się przeważnie ani zastósować, ani przeprowadzić po za murami kliniki. W zupełności nie udaje się zastósować postępowania ściśle aseptycznego przy porodach, obsługiwanych prywatnie przez akuszerki. Każdy lekarz, praktykujący w położnictwie spotyka się niemal codziennie z najgrubszemi wykroczeniami akuszerek przeciw kardynalnym przepisom aseptyki.

Błąd, popełniony przy postępowaniu aseptycznem, nie daje się absolutnie naprawić i nieposiadamy do dzisiaj żadnego środka, aby zapobiedz następstwom takiego błędu, chociażbyśmy najdokładniej wiedzieli, kiedy i jak został popełniony.

Rozważając z tego stanowiska kwestyę dzisiejszych środków zapobiegania gorączce połogowej i przyrannej, przychodzimy do wniosku, że są one zasadniczo nie wystarczające. Jedynym środkiem pewnym mogłaby być tylko jakaś n. p. surowica, któraby, zastrzyknięta kobiecie przed porodem, albo choremu przed operacyą, uodporniała go na wszelkie możliwe błędy anti i aseptyki.

Prawie idealną taką surowicą byłaby mięszanina surowicy przeciwpaciorkowcowej i przeciwgronkowcowej.

II.

W lipcu r. 1895 podał Marmorek [1]) do użytku świata lekarskiego otrzymaną przez siebie surowicę o bardzo znacznej sile uodporniającej (imunizacyjnej) przeciw zakażeniu wszelkimi rodzajami paciorkowca ropotwórczego. Prócz tego przypisywał jej autor znaczną siłę leczniczą przeciw już istniejącemu zakażeniu ropnemu i głównie w tym kierunku używanie jej polecił.

Jako środek leczniczy nie miała surowica Marmorka powodzenia i doznała podobnego losu jak przeważna część surowic leczniczych, np. surowica przeciwtężcowa. Ogólny sąd, po licznych doświadczeniach na ludziach, wypadł przeważnie na jej niekorzyść.

Pozostawała do zbadania klinicznego druga jej własność uodporniania (imunizacyi) przeciw zakażeniu paciorkowcem ropotwórczym.

Ze stanowiska teoretycznego wszystko przemawiało za dodatnim wynikiem tej próby, gdyż właśnie przy zakażeniu ropnem jesteśmy w stanie przeprowadzić szczepienie ochronne na ludziach, zupełnie analogicznie do doświadczeń, robionych w pracowni na zwierzętach. Z całą matematyczną ścisłością możemy przewidzieć kiedy zakażenie może nastąpić (poród, operacya) i obrać stósowną porę do uodpornienia, podczas gdy przy innych chorobach zakaźnych, jak dur, błonica itd. nigdy w tak korzystnem położeniu nie jesteśmy i musimy być z góry skazani na używanie surowic tylko jako środka leczniczego.

Idąc o krok dalej w tem rozumowaniu, przychodzimy do wniosku, że jeżeli surowica Marmorka okazała się skuteczną, jako środek uodporniający przeciw zakażeniu ropnemu paciorkowcem dla zwierząt, to musi także działać podobnie u ludzi i nie ma żadnego racyonalnego powodu przypuszczać, aby jakiś pewnik, udowodniony w pracowni, nie miał mieć zastósowania w podobnych okolicznościach po za jej murami.

(Dokończenie nastąpi).

---

[1]) Annales de l'institut Pasteur.

III. Kilka słów o badaniu i leczeniu zeza towarzyszącego

podał

Dr. Karol Brudzewski.

(Ciąg dalszy).

Brak dwuwidzenia u zezujących tłómaczony w najróżnorodniejszy sposób, dał nawet podstawę do powstania teoryi o inkongruencyi siatkówek, jako przyczynie zezu. Tak nie jest. Chociaż oko zezujące nie bierze udziału w widzeniu obuocznem w ścisłem słowa znaczeniu, to przecież ono widzi, może mieć nawet pełną bystrość wzroku, jak się to zdarza w zezie przemiennym. To wykluczanie obrazków przez oko zezujące nie rozciąga się na całą siatkówkę, ale jest tylko częściowe, jak to ostatnimi czasy Alf. Graefe doświadczalnie stwierdził i nazwał ten objaw „regionäre Exclusion“. Podług Kugla obrazek oka zdrowego i zezującego równo do świadomości przychodzą; lecz gdy jedno z nich, t. j. zezujące, uposażone jest w wyższym stopniu o d m i e n n ą refrakcyą, lub niedowidzeniem (amblyopią), to obrazek wyraźny oka zdrowego, tak przygłusza obrazek oka drugiego, że ten prawie nie jest spostrzegany (Extinction der Bilder). W każdym razie, czy w ten, czy w inny sposób, nie występuje dwuwidzenie samoistnie, to polega zawsze na akcie psychicznym ośrodków, którą powszechnie nazywają abstrak-

cyą, suppresyą lub neutralizacyą. A jednak pewnymi sposobami możemy to dwuwidzenie wywołać w bardzo wielu przypadkach; obecność jego jest dla nas cennym i bardzo potrzebnym objawem. Udaje się to raz trudniej raz łatwiej; w żadnym jednak przypadku nie powinno się zaniedbać wyszukiwania tego objawu. Często już wystarczy ustawienie przed oko zdrowe barwnego szkła, aby zezujący zauważył dwuwzroczność. Gdy to nie wystarcza, to dodanie pryzmatu z kątem łamiącym ku górze lub ku dołowi, przemieszczającego obrazek zwykłej sfery neutralizacyjnej, może ujawnić dwuwidzenie. Lub zakokainowawszy oko, można je ustawić w środku szpary powiekowej, t. j. wywołać efekt operacyjny — i tu dwuwidzenie nie każe na siebie czekać. — Również dobrze posługiwać się można pryzmatem, zwróconym kątem łamiącym ku nosowi lub skroni, zależnie od jakości zeza. Pryzmat ten, zbliżając obrazki do siebie, a nie łącząc ich, lepsze nieraz nawet usługi oddaje, niż inne sposoby. Więcej zawikłany i trudniejszy do zastosowania jest sposób Schweiggera. W źwierciadełku, ustawionem przed okiem zezującem pod kątem, odbija się świeczka ustawiona po za badanym tak, że obrazek wpada do oka; obrazki świeczki, w które badany wpatruje się, i świeczki odbitej, są tak różne, że dwuwidzenie zaraz przez badanego zauważonem być może. Najlepszymi jednak zostaną sposoby proste, jak świeczka w ciemnym pokoju, jako przedmiot wpatrywania się, pryzmat i szkło czerwone. Nieraz nawet i tego nie potrzeba. Dwuwidzenie w ciemnym pokoju, przy patrzeniu na płomień świeczki, samo wystąpić może.

Obecność dwuwidzenia, uważanego dawniej za objaw niepotrzebny i nie wygodny, jest dla nas cenną wskazówką prognostyczną, gdyż cel leczenia zezu, uważany powszechnie li tylko jako kosmetyczny, przestał nim być wyłącznie; wszak ważniejszą rzeczą jest obok tego przywrócenie pełnej funkcyi, o ile się to da, to jest widzenia dwuocznego w ścisłem słowa tego znaczeniu. — Javalowi i Landoltowi należy się ta zasługa, że wyłącznie się tem zająwszy, wskazali drogę jak należy postępować, aby do tego celu dotrzeć, oraz że w wielu przypadkach, jeśli nie w większej części, jest to możliwem. Operacya jest tylko jednym z licznych etapów tej drogi, środkiem ułatwiającym i przyśpieszającym kres naszych usiłowań do otrzymania pełnej funkcyi obuocznej, która, jeśli nigdy nie istniała, ma być stworzoną; jeśli zaś zaginęła, ma być przywróconą. Ona także jest jedynym więzem, który efekt terapii utrwalić powinien i może. Obecność nawet dość znacznego niedowidzenia (amblyopii), jeśli tylko zdolność widzenia naośnego jest utrzymana, nie jest tak dalece przeszkodą do przywrócenia widzenia dwuocznego. Wecker wprawdzie czyni uwagę, że tylko te przypadki mogą odzyskać widzenie obuoczne, w których bystrość wzroku oka zezującego nie jest mniejsza niż $^1/_4$, a to stanowiłoby podług jego wielkiej statystyki nie więcej jak 45%. Jest to jednak przypuszczenie, niczem nie poparte. Wecker żadnych prób w tym kierunku nie robił, odrzucając z góry możliwość skutku. Zważywszy jednak, że niedowidzenie do pewnego stopnia może się poprawić, to stanowczo liczba jego jest za nizka. Najcenniejszym objawem widzenie dwuocznego jest zapewne widzenie stereoskopowe, widzenie wymiaru głębi, które nam należy przywrócić. Wprawdzie Schneller wykazał, że przy $^1/_3$ bystrości wzroku kończy się stereoskopowe widzenie dla pracy delikatniejszej, to jednak podaje z drugiej strony, że ćwiczeniami znacznie można tę granicę przekroczyć. Tak samo działa znaczna różnica refrakcyi, a szczególniej astygmatyzm. Van Meulen podaje, że przy różnicy refrakcyi większej niż 5,5D, również widzenie stereoskopowe ustaje. A jednak inne fakta wprost przeciw temu świadczą. Zbyt skąpe badania, w tym kierunku przedsiębrane, nie mogą jeszcze ogromem liczb zdań poprzednich obalić; a jednak Landolt dowiódł, że wykonując ćwiczenia stereoskopowe, nawet w razach, gdy bystrość wzroku spadła do 0,05, przy obecności znacznego astygmatyzmu, można wykazać istnienie widzenia obuocznego, o czem się przy pomocy przyrządu Heringa przekonał. Niepowinno się zatem po operacyi zeza pozostawiać chorego jego losowi, ale starać się o przywrócenie pełnej funkcyi. Co innego jest w przypadkach tak wysokiego niedowidzenia (amblyopii), że widzenie naośne zaginęło. Tu by była prosto strata czasu dla chorego i lekarza, gdyby chciał widzenie obuoczne przywrócić; lecz te przypadki stanowią mały odsetek wszystkich zezów.

Zez wieku młodego, jeśli jest towarzyszący, prawie wyłącznie jest zbieżnym; rozbieżny zjawia się znacznie później, i pojawia się mniej więcej około 2—3 roku życia przeciętnie. Występując z początku prawie zawsze tylko okresowo, może jako taki pozostać, lub też, po krótszem lub dłuższem trwaniu, bądź to samoistnie, nawet bez terapii, bez śladu ustąpić, lub też utrwalić się, czy to jako przemienny („alternans"), czy też jednostronny. Rzadko jednakże widzi lekarz te pierwsze początki; przeciętnie najwcześniej dopiero około 8-go roku życia (Maxwell) staje się zez przedmiotem leczenia; zboczenie jest zwykle wtedy nawykowem, jeśli się tak wyrazić wolno. Póki zez jest jeszcze okresowym, stoi nader wyraźnie w ścisłym związku z większym wysiłkiem akomodacyjnym; t. j. występuje tylko wtedy, gdy pacyent wymaga większego napięcia akomodacyi przy oglądaniu drobnych przedmiotów z blizka. To też od czasów Dondersa i Graefego, aby go usunąć, stósowano okulary poprawiające niemiarowość (ametropię), — przyczem zez często całkowicie też ustępuje. Podług zestawienia, (Lang), za pomocą okularów poprawiających niemiarowość, ustępuje 43% zezów pod okularami, bez jakichkolwiek innych świadomie stósowanych równocześnie czynników terapeutycznych. — Jestto odsetek wysoki i dostatecznie wskazujący użyteczność szkieł. Wiek zbyt młodociany nie powinien być przeszkodą do noszenia okularów; Hodges, Javal, Ayres, Chibret, Maxwell i in. wcale z tą terapią nie zwlekają, ale dają już 2-letnim dzieciom szkła; nie zdarzył się dotychczas w literaturze znany przypadek, aby dziecko z powodu tego jakiś szwank poniosło; owszem obchodzą się z okularami, jak zapewnia Javal, nader ostrożnie. Szkła te winny być okrągłe, a nie owalne, by dziecko, zwracając głowę w którąkolwiek stronę, zawsze przez nie patrzało. Nosić je powinien pacyent zawsze; a jeśli inteligencya tak daleko postąpiła, że gdy chory zgłasza się do lekarza umie już czytać, należy do czytania dać szkła silniejsze, aby o ile można, w odległości czytania wykluczyć akomodacyę zupełnie, jako czynnik pobudzający do zbieżności. Nierówna łamliwość (refrakcya) nie jest wcale przeszkodą, owszem dziecko prędzej się do nierównych szkieł przyzwyczai, niż dorosły. Pamiętać należy, że nader często zdarza się u zezujących astygmatyzm, bo więcej niż 50% (Chevallereau i in.) i że wymaga

on pełnej poprawy. Jeden Alfred Graefe jest przeciwnym polecaniu szkieł poprawiających zupełnie niemiarowość (ametropię) dzieciom zezującym; wychodzi bowiem z tej zasady, że gdy się zez rozwija i kąt się ciągle zmienia, nie należy szkłami przeszkadzać i udaremniać tworzenia się pewnej przemiany stosunków między akomodacyą a zbieżnością, która musi się w oczach niemiarowych (u ametropów) inaczej uformować niż u emetropów, a należy dopiero wkroczyć czynnie, gdy się utworzył zez okresowy. A gdy się utworzy zboczenie stałe jednostronne?! Wielu autorów, jeśli nie ich większość, zamiast okularów stosuje atropinę w tymże samym celu wykluczenia akomodacyi i z obawy, aby dziecko szkłami się nie pokaleczyło, atropiny jednakże nie należy uważać jako środka stojącego na równi z okularami, ale jako pomoc tylko, jako środek przemijający i służący wyłącznie do ułatwienia oznaczenia refrakcyi, którą z pomocą atropiny i skiaskopii, nawet u bardzo niespokojnych małych pacyentów wykonać można dość łatwo. Jeśli jednakże ktoś chce koniecznie, przynajmniej z początku, uniknąć szkieł, z wyżej podanych względów, należy porazić akomodacyę zupełnie; częściowe porażenie, z łatwo zrozumiałych przyczyn, kąt zezu tylko zwiększa (Javal).

Szkła dobrze dobrane mają skutek często natychmiastowy. Jeśli jednakże zaraz, albo w kilku następnych dniach skutek nie nastąpi, nie należy ztąd wnosić, że ta część terapii jest i pozostanie bezskuteczną. Zez ustępuje często zwolna, w przeciągu tygodni, a nawet miesięcy i to nietylko w zezach okresowych, ale i w tych razach, gdy zboczenie zdawało się być ściśle jednostronne, ze stałym na pozór kątem zboczenia (Parinaud, Mayer). W tych razach zbyt pochopnie wykonana operacya, choćby na razie i zupełnie operującego zadowoliła, później nader łatwo dać może rozbieżność (diwergencyę). To też nigdy niedość będzie powtarzać, aby w każdym przypadku zezu wieku młodego stosowano okulary, nawet, gdy, mimo kilkorazowego badania, zez wydaje się mieć kąt zboczenia stały, i to nie dni kilka ale tygodniami, przyczem otoczenie pacyenta należy pouczyć, aby pod żadnym warunkiem na zdejmowanie szkieł nie pozwalano. Pod okularami zez może ustąpić częściowo, ale część pozostanie, jako zboczenie z kątem stałym, nie ustępując już ani pod atropiną, ani pod mocniejszemi szkłami. Ta część jest naturalnie przeznaczoną do zabiegu operacyjnego, gdyż ona nie jest pochodzenia czysto akomodatywnego. W tych razach, gdzie zez, jakkolwiek pod okularami zupełnie ginie, po ich zdjęciu jednak się zjawia, w tych razach należy, jeśli pacyent jest inteligentny i dość cierpliwy, zastósować ćwiczenie widzenia dwuocznego, aby je utrwalić i stałą postawić zaporę przeciw powrotowi zeza. Zakrywanie oka zdrowego na jakiś czas dnia, lub noszenie nieprzeźroczystej muszli Javala (coquille non percée), aby zapobiedz wytworzeniu się niedowidzenia (amblyopii), nie ma celu; bo gdy zez jest okresowy, to przecież, patrząc w dal, oba oczy są w użyciu; a gdy jest kąt zeza stały, mimo okularów nie ustępujący, należy operować, a wtedy oko dobrze ustawione poruszając się wraz z drugiem, będzie brać udział w widzeniu obuocznem i wtedy zakrywanie oka jest zbyteczne. Z chwilą, gdy zez wcale się nie zmienił pod wpływem środków terapii optycznej, albo też nader nie wiele tylko ustąpił, otwiera się pole dla leczenia operacyjnego, wszelako nie wyłącznie, gdyż po dobrem ustawieniu oczu, wchodzą na nowo ćwiczenia optyczne w swe prawa, aby efekt operacyjny uzupełnić, bądź utrwalić. Dominującym prawie zabiegiem jest obecnie tenotomia mięśnia przykurczonego na oku zezującem, wykonywana w różnych modyfikacyach. Że ona jednakże jest zabiegiem niepewnym i niewystarczającym, to świadczą za tem liczne i najróżnorodniejsze dla niej wskazania, oraz skargi autorów na niepowodzenia po niej następujące; a że się mimo to tak szybko przyjęła i rozpowszechniła ma to do zawdzięczenia wpływowi starszego Graefego. Cel i zadanie operacyi tej jest przedewszystkiem ustawienie zbaczającej osi ocznej równolegle do osi oka drugiego, co rzeczywiście tenotomią osiągnąć można, przyczem, podług twierdzenia Graefego, mięsień antagonista tyle zyskuje ile traci mięsień podcięty. Cały jednakże efekt operacyjny zależy nietylko od cofnięcia ścięgna mięśnia przykurczonego, ale przedewszystkiem od antagonisty; on bowiem, skurczywszy się wobec zmniejszonego operacyą napięcia w łuku mięśniowym, skręca gałkę, która o tyle się dobrze ustawi, o ile on posiada siły. Przypuśćmy jednakże, że oko dobrze się ustawiło, to również ważnem dla nas będzie zachowanie się ruchów gałki po operacyi, tak skojarzonych jak i zbieżnych. Że i tutaj są zmiany i to znaczne, a ujemnie wpływające na pełne ruchy gałki, wykazali: Krenchel i Czermak teoretycznie na fantomie, Landolt zaś praktycznie w klinice. Co do ruchów zbieżnych, to oczy prawidłowe powinny i są w stanie utrzymać zbieżność na najmniej 10 ctm. odległości od oczu (punktum proximum amplitudy convergencyi), czyli, podług określenia Nagla, na 10 kątów metrycznych. (Meterwinkel, angle métrique, km.). Z drugiej strony zupełne zwolnienie zbieżności nie jest tem samem co równoległe ustawienie osi ocznych, ale oczy powinny zapomocą słabych pryzmatów odwodzących ku skroni 4—5^0 jeszcze widzieć pojedyńczo, zatem być zdolnemi do lekkiej rozbieżności, co obliczywszy na stopnie metryczne, wynosi około 1 km. zatem punkt dali powinien być ujemnym, a cały zakres zbieżności wynosiłby zatem 11 km. Jestto cały zakres zbieżności, który zapomocą operacyi osiągnąć powinnismy, co jednak tylko wtedy jest możliwe, gdy obok dobrego ustawienia gałki żadnego mięśnia nie osłabimy, a ewentualnie słaby wzmocnimy. Tymczasem tenotomia osłabia tak mięsień operowany jak i antagonistę, zmniejszając w obu napięcie, gdyż obydwa się skracają tak, że ten sam bodziec nie da tych samych skutków; a potem, że obydwa posuną się nieco dalej od punktu obrotowego, a zatem, działając mniej w kierunku stycznej, działają słabiej. Prócz tego wykazał Motais, że wielki wpływ na ruchy gałki mają więzadła boczne (ailerons, Bandflügel, tendons d'arret), oraz tkanki otaczające, jak osłonka Tenona, które będąc nacięte mocno, ruchy oka upośledzają. Każdy bowiem zabieg, napinający (wydłużający) owe więzy, osłabia działanie mięśnia (tenotomia); zwalniający zaś zwiększa siłę mięśnia (antepozycya mięśnia lub torebki). To też doświadczenie wykazało, że ograniczenie ruchów po stronie mięśnia tenotomowanego może nawet dojść do 10^0, obok zupełnie dobrej poprawy kosmetycznej, a antagonista nie zyskuje na sile tyle, ile wynosiła korrekcya. To upośledzenie ruchów nie miałoby tak wielkiego znaczenia, gdyby nie to, że wywołując je, wywołujemy ten objaw na oku, którego ruchy w ogóle już przedtem były patologicznie zmienione. Również tenotomia wpływa ujemnie na dynamiczne stosunki mięśni przy zezie zbieżnym (konwer-

gencyi). Żądana zdolność zbieżności do 25 ctm. po operacyi (tenotomii) zezu jest dla przywrócenia widzenia dwuocznego zamała; prawidłowy zakres zbieżności wynosi przecież w przecięciu 11 kątów metrycznych; zatem oczy, aby pracować wytrwale, powinny posiadać pewien zapas siły, a nie pracować przy słabem żądaniu już w swym punkcie pobliża zbieżności; w przeciwnym bowiem razie nastąpią wnet objawy niedomogi mięśniowej, i operowany będzie zmuszony, aby tego uniknąć, posługiwać się tylko jednem okiem, jak przed operacyą. Jest to zupełnie to samo jak z zakresem dodatnim i ujemnym akomodacyi względnej. W danym razie, gdy bystrość wzroku jest obustronnie dobra, często można stwierdzić, że choć oczy dla dali są ustawione dobrze, dla pobliża jest skrzyżowane widzenie zdwojone (diplopia). W wielu przypadkach owego widzenia zdwojonego skłonność do zlania obu obrazków jest tak silna, że chory, choć z wielkim wysiłkiem połączy owe obrazki. Jest to jedyną przyczyną, że tenotomia dała wiele dobrych wyników; ale to zlanie się obrazków nie zawsze było świadomym celem operatora; raczej tylko cel kosmetyczny przeważał zwykle. To też gdy żądamy od tenotomii pełnej poprawy wszystkich ruchów oka, braki tego zabiegu operacyjnego wystąpią na pierwszy plan, przy braku skłonności do zlania obu obrazków, która wcale tak często bez ćwiczeń się sama nie zjawia. (Krenchel-Czermak).

Ale i co do samego ustawienia gałki, to nie zawsze tenotomia daje wyniki zachwycające; przeciętnie efekt operacyi jest 20°, który to efekt powiększeniem rany w osłonce Tenona jeszcze zwiększyć, a gdy za wielki osłabić można następowym szwem przez osłonkę wspomnianą (częściową antepozycyą). Często jednakże i stopnie wyższe nad 30 i 35° ustąpią po jednej tenotomii. Jednakże nigdy tego przewidzieć nie można, gdyż to zależy od antagonisty, a o działaniu jego tylko w przybliżeniu przekonać się możemy, oznaczywszy poprzednio perymetrem boczne ruchy oka. Z tejże samej przyczyny skutek tenotomii może być bardzo mały, a nawet po pewnym czasie zniknąć zupełnie, jakto Schweigger w ostatniej swej pracy otwarcie przyznaje. Z drugiej zaś strony może wzmagać się, aż wreszcie przejdzie w rozbieżność stałą. To pierwsze, t. j. zniesienie skutku, polega najprawdopodobniej na zmianach anatomicznych. Kalt wykazał doświadczalnie, badając anatomicznie gałki tenotomowane, że ścięgno po tenotomii traci zupełnie charakter swój ścięgna, i zrasta się z gałką zapomocą tkanki bliznowatej, włóknistej, nie przyczepiając się nigdzie bezpośrednio do twardówki. Tkanka ta może się zwolna kurczyć i w ten sposób zniweczyć efekt operacyjny. Kiedy się to dzieje, nie wykazano jeszcze. Nie jest to następstwo częste, gdyż doświadczenie kliniczne poucza, że nie zawsze efekt operacyjny ginie zupełnie. Co zaś do wzrastania efektu, to zdarza się ono najczęściej, gdy przy operacyi poprawiono zez zupełnie, a szczególniej, gdy operowano dzieci. Oczy wogóle z wiekiem mają tendencyę do ustawienia się rozbieżnie, podług Weissa dlatego, że w czasie pokwitania, przy wzroście czaszki, wzrasta i rozbieżność oczodołów. Wobec tego oczy operowane, nie będąc trzymane w należytem położeniu widzeniem obuocznem, ustawią się podług równowagi mechanicznej mięśni, a że mięsień wewnętrzny prosty został osłabiony tenotomią, przeto wystąpi rozbieżność, a z nią wskazanie do nowego zabiegu operacyjnego. Tenotomia obustronna, wykonana równocześnie, jeśli po jednostronnej zboczenie gałki nie ustępuje, ma te same wady w pobocznem działaniu, co i jednostronna, tylko, że one mogą się uwidocznić jeszcze wybitniej, i zachodzi większa obawa późniejszego nadmiaru efektu, niż gdy była robiona w pewnym odstępie czasu i gdy już efekt operacyi pierwszej zupełnie się utrwalił. Ażeby nie operować drugiego, rzekomo zdrowego, oka w wyższych stopniach zezu zbieżnego, dołączono do tenotomii mięśnia przykurczonego antepozycyą torebki, albo i torebkowo-mięśniową antagonisty, co razem dać może efekt około 45°, wystarczający do usunięcia wysokich stopni zeza. I tu efekt kosmetyczny, to jest ustawienie gałki, jest zadowalający, ale, o ile tą antepozycyą ruchy oka na zewnątrz zyskały, więcej niż po zwykłej tenotomii, o tyle ruchy ku wewnątrz, pozostały za słabe, nie mówiąc już nic o nader niedostatecznym zakresie zbieżności [1]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Z nowszej fizyologii zmysłów.

(Ciąg dalszy).

8) Hess i Hering: **Badania nad całkowitą ślepotą barwną.** *(Arch. Pflüg. LXXI).*

Sprawa wyjaśnienia przyczyn i objawów ślepoty barwnej, ważna zarówno ze względów naukowych dla fizyologa i dla lekarza, jak również ze względów czysto-praktycznych dla pewnych specyalnych zajęć zawodowych, obchodzi do dziś dnia specyalistów. Konieczność rozróżniania dokładnego barw, jakiej potrzebuje malarz, dokładność rozeznawania sygnałów, jakiej władze i lekarze wymagają od urzędników kolejowych, wprawa, jaka w tym względzie okazuje się niezbędna dla majtków na pełnem morzu, wreszcie szereg innych podobnych przykładów, wyjętych z życia codziennego, pobudza ciągle uczonych do bliższego rozpatrywania fizyologicznych praw jakościowej wrażliwości świetlnej i patologicznych wyjątków.

Jak wiadomo, teorya Young-Helmholtza przyjmuje w siatkówce trzy rodzaje pierwiastków, wrażliwych w różnym stopniu na promienie pomarańczowe, zielone i błękitne; druga zaś — Heringa twierdzi, iż posiadamy w oku 3 rodzaje zakończeń nerwowych, z których jeden służy do otrzymywania wrażeń białych lub czarnych, drugi czerwonych lub zielonych, a trzeci żółtych lub fioletowych tak, iż zależnie od przewagi lub równowagi procesów assymilacyjnych, lub dysasymilacyjnych — odpowiednie wrażenie antagonistycznych barw zostaje wywołane w danych zakończeniach. Przypominamy, iż teorya pierwsza, tłomacząca doskonale t. zw. powidoki barwne ujemne, nie wyjaśnia jednak wszystkich zjawisk ślepoty barwnej, podczas gdy z hipotezą drugą, w wielu szczegółach wygodną i prawdopodobną, większość fizyologów nie zgadza się z powodu pewnej sztucznej jednostronności. Dla ślepoty barwnej całkowitej istnieje wreszcie teorya Kriesa, która twierdzi iż siatkówka nieodczuwająca barw, posiada albo nie funkcyonujące czopki, lub też pręciki w miejscu tych czopków; ukuto nawet niemiecką nazwę dla chorych podobnego rodzaju określając ich mianem „Stäbchenseher". Przeciwko tej hipotezie występują

[1]) Miałem sposobność widzieć chorych, operowanych w ten sposób, oraz obustronną tenotomię, wraz z wydłużaniem mięśni sposobem Panasa, przedstawianych słuchaczom, jako dobre wyniki, gdzie tylko efekt kosmetyczny był dobry; lecz przy badaniu perymetrem okazało się b. znaczne upośledzenie ruchów ku wewnątrz, a zbieżność była możliwa przy najwyższym wysiłku pacyenta zaledwie na 26 ctm. Mimo dobrej bystrości wzroku o fuzyi mowy nie było i chorego zostawiono jego losowi, nie probując nawet ćwiczeń stereoskopem.

właśnie w ostatnich czasach Hess i Hering, odmawiając jej istotnych doświadczalnych podstaw. Gdyby rzeczywiście istniały w siatkówce nie funkcyonujące czopki, toby chorzy na ślepotę barwną całkowitą nie potrafili spokojnie wpatrywać się w przedmioty, bez żadnego drżenia gałek (nystagmus) i w kierunku zupełnie prawidłowym. Gdyby zaś siatkówka takiego chorego nawet w plamce zawierała same pręciki, toby zachowanie się pobudliwości siatkówki na obwodzie — względnie do pobudliwości plamki, — nie podlegało tej prawidłowości, jaką spotykamy w oku zdrowem.

W ogóle wykazały badania nad różnicami pobudliwości oraz współczesnymi i następowymi kontrastami, że trudno pod tym względem znaleźć różnicę między okiem zdrowem a chorem na barwną ślepotę; również odnosi się to do poczucia przestrzeni i bryłowatości tak, iż autorowie z całą stanowczością zdają się być uprawnieni do wystąpienia przeciwko „widzeniu pręcikowemu“ (Stäbchensehen) i teoryi Kriesa. Dla praktyki w gruncie rzeczy może obojętną jest etyologiczna i fizyologiczna strona sprawy; wrodzona ślepota barwna pozostanie nieuleczalną, a w życiu codziennem dalej używać będziemy do celów dyagnostycznych włóczek Holmgrena i isochromatycznych tablic Stillinga bez względu na to, czy racyę ma Helmholtz czy Hering czy Kries. Dla naukowego jądra sprawy, a może w przyszłości i dla praktycznego zastósowania teoryi, ciekawym jest w każdym razie wszelki fakt, choćby na nielicznych, jak w danym przypadku, oparty doświadczeniach, który przyczynia się do podkreślenia oddawna przez fizyologów uznanej tezy, iż poczucie barw nie tyle jest może uwarunkowane budową anatomiczną, ile raczej jest zjawiskiem fizyologicznem, do którego możemy mniejszą lub większą mieć zdolność wrodzoną lub nabytą wprawę. *Dr. Zanietowski.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

J. Comby: **Leczenie zapaleń sromu i pochwy u dzieci.** *(Allgemeine Wiener medicinische Zeitung*, Nr. 11, r. 1898). Autor rozróżnia zapalenie sromu i pochwy u dzieci ściśle nieżytowe, nie zakaźne, powstałe skutkiem nieczystości, drapania lub wreszcie samogwałtu, od zapalenia rzeżączkowego, powstałego na tle zakażenia przez dwoinki rzeżączkowe (gonococcus). Zakażenie nastąpić może u dziewczynek już podczas porodu, jeżeli matka cierpi na rzeżączkę (Epstein), albo też w życiu późniejszem, przez kąpiele w tej samej wodzie co zakażone osoby, n. p. matka, rodzeństwo i t. d.; a dalej przez spanie w jednem łóżku i używanie jednej pościeli z takiemi osobami, wreszcie przy zhańbieniu, względnie nawet zgwałceniu dziecka przez mężczyznę, cierpiącego na rzeżączkę. Zasady zapobiegania i leczenia są różne, stósownie do dwóch postaci zapalenia sromu i pochwy, które autor rozróżnia. W celu zapobiegania lub leczenia zapaleń nieżytowych doradza C. zmywanie sromu wodą wyjałowioną i zaopatrzenie sromu następnie gazą, u dzieci zaś niedokrwnych, zołzowych, leczenie ogólne, a więc podawanie tranu, żelaza, stósowanie kąpieli słonych i pobyt na świeżem powietrzu.

Inaczej ma się rzecz w zapaleniu rzeżączkowem. Przedewszystkiem należy unikać zakażenia z zewnątrz; w tym celu Epstein radzi zaraz po urodzeniu, u noworodków, których matki cierpią na rzeżączkę, oczyścić srom i okolicę jego środkiem przeciwgnilnym. Starsze dzieci nie powinny kąpać się wspólnie z osobami choremi, a ponieważ spostrzegano nawet przeniesienie zarazka przez ciepłomierz, używany do kąpieli, należy przeto dokładnie je oczyszczać rozczynem sublimatu 1 : 500. W celu zapobiegania rozszerzaniu się rzeżączki należy dzieci chore zaopatrzyć w opaskę, któraby zakrywała dokładnie części rodne. W celu leczniczym poleca C. przestrzykiwanie pochwy rozczynem nadmanganezyanu potasowego 1 : 1000, zapomocą cewnika Nélatona. Przestrzykiwać należy najpierw dwa razy dziennie, później raz i to dużą ilością rozczynu, conajmniej pół litra naraz. Autor uzyskiwał tym sposobem zazwyczaj wyleczenie w przeciągu dwóch tygodni. Obok tego stosuje on na srom okłady z wody borowej 3%, zaś po ustąpieniu objawów zapalnych zasypywanie pudrem: *Amyli puri, Talcis pulv. Lycopodii, Acidi borici aa part. aequales.* Chora ma leżeć w łóżku i unikać mięsnych potraw, a żywić się przeważnie mlekiem. Przy zapaleniu pęcherza moczowego radzi C. przestrzykiwać go wodą borową. Jeżeli zaś wystąpi rzeżączkowe zapalenie stawów, wtedy radzi autor stósować ucisk, lub przyżeganie żegadłem (ignipunkturę), a w przypadkach przewlekłych mięsienie; przy zapaleniu zaś otrzewnej, spokój, lodowe okłady i makowiec. *Dr. Piotrowski.*

D. Nasse: **Rzeżączkowe zapalenie stawów, pochewek ścięgien i woreczków śluzowych.** *(Samml. klin. Vortr. Volkmanna, N. F.*, Nr. 181). Odkąd stało się pewnem, że dwoinki rzeżączkowe nie tylko w samych częściach rodnych znaleźć mogą odpowiednie warunki do swego istnienia, szereg chorób, wywołanych przez wspomniane drobnoustroje, coraz to się wydłuża. Wiemy, że dwoinki Neissera w oku, na błonach surowiczych etc., mogą wywoływać swoiste (pod względem bakteryologicznym) zmiany, a w ostatnich czasach mnoży się znacznie liczba spostrzeżeń, odnoszących się do zapaleń stawów, pochewek ścięgien i torebek śluzowych, w których wykazano gonokoki. Wykazanie tego drobnoustroju w wypocinie nie należy bynajmniej do spraw łatwych i częstych. W. Rindfleisch znalazł je 19 razy u 30 chorych. Brak gonokoków jednak nie wyklucza pochodzenia rzeżączkowego danej sprawy zapalnej. W rozpoznaniu kierować się musimy innymi objawami, tak jak nie rozpoznajemy gruźliczego zapalenia stawu tylko po wykazaniu prątków Kocha. Zajęcie stawów, torebek ścięgnistych etc. uważać należy za sprawę przerzutową. Pierwotne ognisko gonokoków umiejscowionem bywa zwykle w częściach rodnych, niekiedy jednak (jak u noworodków) błona śluzowa jamy ustnej lub nosa, spojówka etc. mogą być ogniskiem pierwotnem. W którym okresie choroby powstają te przerzuty trudno rozstrzygnąć, to jednak zdaje się być pewnem, że pozostają one w prostym stosunku do głębokości usadowienia się dwoinek: im te ostatnie głębiej wtargną w błonę śluzową, tem łatwiej powstają nowe ogniska. Rzecz ta przedstawia się bardzo analogicznie do ropnicy, która powstaje z flegmony, w każdym okresie jej rozwoju.

Rzeżączkowe zajęcie stawów tryprowe wydarza się równie często u mężczyzn jak kobiet. U ostatnich wywołującym czynnikiem bywa (jak się zdaje) ciąża, poród i połóg. Bardzo często zajętym bywa jeden staw (szczególnie kolanowy u mężczyzn, a nadgarstkowy u kobiet); mniej często kilka stawów równocześnie, lub następowo. Choroba rozpoczyna się już to nagle, już to powoli, z niestałą i atypową gorączką. Zmiany, jakie powstają, są następujące: 1) ból stawowy (arthralgia), 2) obrzęk stawowy (hydrops articulationis), 3) obrzęk części miękkich okołostawowych: a) z wysiękiem w stawie, b) bez wysięku, c) o charakterze flegmonicznym. O objawach, przebiegu i zmianach anatomicznych referowaliśmy już w „Przegl. lek.“, tu zatem szczegóły te pominiemy i przystąpimy do streszczenia rozdziału, omawiającego zmiany rzeżączkowe w pochewkach ścięgien. *Tendovaginitis gonorrhoica* może występować pierwotnie sama, lub towarzyszyć takimże zmianom stawowym. W pierwszym razie przebiega zwykle łagodnie i leczy bez śladu; w drugim rokowanie staje się o wiele poważniejszem. Jak w stawach tak i tu, raz sprawa występuje jako czysty i łagodny obrzęk, kiedyindziej znowu przeważa zapalenie w tkance otaczającej. To ostatnie może się wzmódz do tego stopnia, że pomieszać je można z flegmoną. Na rękach ścięgna mięśni wyprostowujących, a na nodze ścięgna przebiegające poza kostką wewnętrzną, zdają się częściej chorobie ulegać, aniżeli inne. *Tendovaginitis* ostra, wikłająca ostrą sprawę zapalną w stawie i tą kombinacyą spowodowana uporczywość cierpienia, jak również

długo utrzymujące się zaburzenia w ruchomości, stanowią razem, wedle mniemania autora, obraz charakterystyczny dla cierpień rzeżączkowych. Rzadko umiejscawia się przerzut rzeżączkowy w torebkach śluzowych. Opisywano: *bursitis praepatelaris acuta*, *bursitis subcruralis*, najczęściej, jednak zajętemi bywają torebki w okolicy kości piętowej, jak w *bursa achilla* i *subcalcanea*. I ów ból charakterystyczny w okolicy pięty, znany od dawna jako *pes gonorrhoicus* zdaje się mieć podkład anatomiczny właśnie w tych swoistych zmianach torebki. Jako rys charakterystyczny dla zmian rzeżączkowych, w narządach tu uwzględnionych, wspomnieć należy jeszcze o częstości nawrotów. Do ich wywołania przyczynia się wszystko to, co zaostrza sprawę rzeżączkową w częściach rodnych, obok innych, powszechnie znanych, przyczyn.

Leczenie opiera się na ogólnych znanych zasadach. Unieruchomienie, ucisk, środki odciągające na skórę, okłady wysychające, kąpiele w odpowiednim czasie zastosowane, miesienie i gimnastyka (nie zawcześnie, by sprawy nie zaostrzyć i nie zapóźno, aby nie doczekać się zupełnego zesztywnienia) punkcya stawu i przepłókanie środkami przeciwgnilnymi, wstrzykiwanie do stawu mięszanki jodoformowej, w przypadkach zaś o przebiegu bardzo ostrym nacięcie stawu i drenowanie, w przypadkach przewlekłych jodek potasowy wewnętrznie, oto cały szereg środków leczniczych, z których lekarz, indywidualizując, czerpać może.

A sprawę rzeżączkową pierwotną (więc w cewce, pochwie, macicy i t. d.) w czasie trwania jednego z powikłań, leczyć należy środkami jak najłagodniejszymi, a dopiero, po wygojeniu się przerzutu, przystąpić do leczenia energicznego.

Herman.

Aebi Werner: **Czy mieszkańcy okolicy lecznisk dla chorych piersiowych są bardziej narażeni na niebezpieczeństwo zakażenia się gruźlicą?** (*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 1898, Nr. 2). Jest to rozprawa, ogłoszona po śmierci autora, który, sam dotknięty gruźlicą płuc, przebywał w Davos i wziął sobie za zadanie zbadać stosunki śmiertelności z gruźlicy u mieszkańców tej miejscowości.

Walka z gruźlicą, obecnie najskuteczniejsza zapomocą leczenia w tak zwanych „zamkniętych lecznicach dla chorych piersiowych“, spowodowała tworzenie coraz większej liczby takich zakładów. Przesadna obawa przed zakażeniem, zwłaszcza od czasu odkrycia swoistego prątka gruźliczego, rozszerzona do tego lekkomyślnie i bez głębszej znajomości rzeczy przez dzienniki, spowodowała, że chorych piersiowych zaczęto się bać nadzwyczajnie, a już niektóre gminy szwajcarskie czynią nadzwyczajne trudności w zakładaniu nowych lecznic. To też trwoga, wniesiona w życie ludzkie, wymaga, aby poświęcić sprawie zakaźności gruźlicą najbliższych sąsiadów lecznic baczną uwagę.

Wtargnięcie prątków do ustroju musi mieć drogę przygotowaną w uszkodzeniu skóry lub błony śluzowej, dalej usposobienie osobnicze i osłabienie żywotności. Obawa przed zakażeniem z wdechania winna ustąpić wobec znanej zdolności wilgotniczej (hygroscop) prątków gruźliczych, wskutek której nie zawisają w pyle, ale przylegają lub spadają na podłoże.

Człowiek więc chodząc, stojąc, wogóle wyprostowany, w zasadzie trudno się może zakazić.

Ponieważ lecznice dla piersiowych już istnieją dostatecznie dawno, aby można wyprowadzić jakieś wnioski o zakaźliwości otoczenia najbliższego, badania takie są uzasadnione. Droga może być tylko jedna w tym celu, to jest: podług urzędowych spisów ludności i śmiertelności wykazać, czy od czasu powstania lecznicy w pewnej miejscowości wzrosła ilość skonów z gruźlicy. Davos z wielu względów nadaje się do takich badań. Dawność lecznisk i to wyłącznie dla piersiowych, rozrzucenie chorych pomiędzy ludnością miejscową, położenie odosobnione śród wysokich gór, wykluczające inne wpływy, wogóle znamiona uzdrowiska dla piersiowych *kat'exochen*, zachęcały autora do badania.

Autor zestawił razem 50 lat, t. j. 1847—1896 i uzmysłowił wynik w obrazie graficznym.

W takiem zestawieniu nastręczyły się trudności, które należało usunąć, aby dojść do jakiegoś wyniku. Oto nieliczna ludność w Davos, w miarę rozwoju uzdrowiska, zaczęła rosnąć w liczbę i to zasilali ją po większej części ludzie chorzy na piersi, którzy z konieczności, szukając leczenia, zaczęli uprawiać zwykły swój zawód w Davosie. Należało więc zebrać osobno tubylców, osobno przybyszów, a znów osobno gości chorych. Pokazało się, że tubylców liczba stoi w miejscu, mało się zwiększając, przybyszów wzrasta nadzwyczajnie, tak samo gości chorych.

Otóż w stosunku do liczby tubylców śmiertelność z gruźlicy jest stała; dalej w stosunku do przybyszów liczba skonów z gruźlicy nie wzrasta tak, jakby tego oczekiwać należało, ale prawie że jest również stałą.

Teraz należy znów, jako przeciwważnik, wziąć na uwagę polepszenie odżywienia i ogólnych wymagań życia, wskutek większego zarobku ludności.

Po rozważeniu tego wszystkiego wyprowadza autor wniosek:

Mieszkańcy okolicy lecznisk dla chorych piersiowych nie są bardziej narażeni na niebezpieczeństwo zakażenia się gruźlicą.

Dla ciekawości wyjmuję z zestawień autora liczby skonów w Davos z trzech lat ostatnich:

Rok	Liczba mieszkańców bez gości chorych	Zmarło			
		gości		mieszkańców	
		gruźl.	niegruźl.	gruźl.	niegruźl.
1894	3891	83	6	7	51
1895	„	84	4	6	64
1896	„	78	10	8	58

Dr. Ełjasz-Radzikowski.

Prof. Dr. F. Krause: **O chirurgicznem leczeniu nerwobólu nerwu trójdzielnego**. (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, T. II, S. 767). Autor, zanim zdecyduje się na zabieg krwawy, celem usunięcia wymienionego cierpienia, próbuje, często ze skutkiem, leczenia wewnętrznego azotanem akonitynowym, lub strychninowym, zalecanego przez Dana. Z roztworu:

Rp. *Aconitini nitrici 0.025*
(fabr. Merck, Darmstadt)
Aqu. destil. 25,00

podaje pierwszego dnia (10 razy) co godzinę po jednej kropli. Każdego następnego dnia zwiększa każdą dawkę o jedną kroplę tak, że 6-go dnia chory bierze 10 razy po 6 kropel (wyjątkowo dochodzi do 8 kropel na dawkę) i przy tej dawce pozostaje przez kilka tygodni, chyba że wystąpią pierwsze objawy zatrucia (cierpnięcie języka, ust, palców etc.); wtedy, albo dawkę zmniejsza, albo środek ten odstawia zupełnie.

Strychninę wstrzykuje podskórnie, rozpoczynając od 0,002 mlg. i dochodząc po kilku tygodniach do *0,01—0,015*. Na tej wysokości utrzymuje się przez 8—10 dni, poczem dawkę zmniejsza znów stopniowo, aż powróci do początkowej *0,002*.

Następnie przez dłuższy czas podaje jodek potasowy (czasem salicylan potasowy lub nitro-glicerynę) i nalewkę żelazistą.

Całe to leczenie przeprowadzić należy na chorym, leżącym w łóżku, zachowującym lekką dyetę i przy użyciu środków moczopędnych.

Gdy takie, lub podobne leczenie zawiedzie, przystępujemy dopiero do leczenia chirurgicznego. Möbius doradza, by

z niem zbyt długo nie zwlekać, gdyż wedle tego autora nieuchwytne dziś zmiany neuralgiczne w nerwie postępują od obwodu ku ośrodkom: Im wcześniej zatem operować będziemy, tem lepsze stawiać możemy rokowanie.

Operacyę wykonać można zewnątrz i śródczaszkowo. Operując zewnętrznie, musimy dokładnie oznaczyć wpierw gałąź nerwobólem zajętą, co nie zawsze bywa łatwem z powodu rozpromieniania się bólu na gałęzie sąsiednie. Neurotomie i neurektomie, nie zawsze uwalniają chorego raz na zawsze od tego strasznego cierpienia, popychającego chorego do samobójstwa.

Wobec tego zupełnie usprawiedliwionemi są metody W. Rosego i autora, dążące do wydalenia zwoju Gassera, a nawet, o ile to możliwe, do wycięcia pnia n. trójdzielnego dośrodkowo od zwoju tego położonego. Rose dążył do celu początkowo przez wypiłowanie szczęki i późniejsze wytrepanowanie otworu między otworem owalnym i okrągłym na podstawie czaszki, potem dochodził do tego samego celu drogą, wskazaną przez Krönleina. Nie znalazł jednak wielu naśladowców. Jak się zdaje, ogólnie przyjęła się metoda autora, odsłaniająca zwój Gassera po tymczasowem wypiłowaniu części łuskowej kości skroniowej. Sposobu tego użył sam autor 14 razy; z tego umarło dwoje, niezależnie od samej operacyi; reszta żyje bez nawrotu cierpienia. Nadto w literaturze zanotowanych jest 113 przypadków, operowanych tym samym sposobem, z 15% śmiertelności. Sposobem Rosego operowano 33 chorych, z których umarło 7 (to jest 21·2%). Wskazanie do wyjęcia zwoju Gassera istnieje tam, gdzie pomniejsze zabiegi obwodowe nie doprowadziły do celu. I po tej operacyi nawrót cierpienia zdarzyć się może, gdy przyczyna nerwobólu usadowiona jest dośrodkowo od zwoju G. Z zaburzeń po tej operacyi występujących wspomnieć należy o pewnym niedowładzie w ruchach szczęki, skutkiem porażenia mm. żwacza skroniowego, skrzydlastego wewnętrznego. Zaburzenia te po pewnym czasie zostają wyrównane przez czynność mięśni drugostronnych. Parokrotnie spostrzegano zapalenie rogówki, które zakończyło się na szczęście tylko blizną środkową rogówki. *Dr. Herman.*

VI Zapiski lecznicze i nowe leki.

A n t o n e l l i zaleca (La médec. inf., 1898) u dzieci w wypryskach na powiekach, powikłanych zapaleniem spojówek i ściskiem powiek, częste przemywanie worka spojówkowego rozczynem sublimatu 0,05:400 i wkraplanie azotanu srebrowego 0,05:15, na powieki zaś maście: „Zinc. oxyd., Mag. bism. aa. 0,3 Cocain. 0,5, Lanol. Vasel. aa 10,0“, 1% maść z „praecipit. alb.“, 2–4% maść kalomelową, a jeśli wyprysk będzie sączący 1% rozczyn kw. pikrynowego. Gdy jednak mamy do czynienia z uporczywymi wypryskami na tle zolzowem, radzi użycie ostrzejszych środków: „Resorc., Ac. salic. aa 1,0, Zinc. oxyd. 2,0 Vasel. fl. 20,0, przyczem stosuje i leczenie ogólne. F. K.

W i l m s (Lipsk) stosuje przy zapaleniach przewlekłych stawów, szczególnie na tle rzeżączki, ciągłe ciepło zapomocą rurek ołowianych, przez które przepływa ciepła woda, a któremi opasuje staw, pokryty cienką warstwą gipsu, skutkiem czego ciepło (40 do 50°) rozdziela się jednostajnie i stale. (Zjazd chirurg. w Berlinie). F. K.

E p s t e i n. Kiedy syfilitycy mogą się żenić? (Tow. lekarskie w Norymberdze) E. stwierdza niemożebność stanowczego oznaczenia terminu wyleczenia kiły i dlatego odpowiedź na powyższe pytanie jest nader trudną; trzeba się w tym razie kierować dwoma najważniejszymi czynnikami: niebezpieczeństwem zakażenia i przeniesienia choroby na potomstwo, na które to czynniki wpływa głównie czas i leczenie. Opierając się na doświadczeniu własnem i wielu in. autorów, pozwala E. żenić się swoim chorym wtedy dopiero, gdy minęły 3 lata od czasu zakażenia i gdy chory przebył w tym czasie gruntowne leczenie. F. K.

A l b e r s - S c h ö n b e r g ogłasza dwa przypadki liszaja żrącego, leczone z dobrym wynikiem promieniami Röntgena, które wywołują zapalenie skóry z obfitem ropieniem. Leczenie trwało 6–8 miesięcy; siła prądu wynosiła 20 Volt i 5 ampère, a czas działania trwał 20 minut do pół godziny. Podobnie Schiff podaje także dwa przypadki, w których wystawiał liszaj żrący na działanie promieni Röntgena przez 10 dni, codziennie przez $\frac{1}{2}$—1 godzinę. Pod działaniem promieni Röntgena wytworzyło się długotrwałe zapalenie skóry i owrzodzenia w miejscu guzków i nacieków, które łatwo się oczyszczały i przyskórkiem pokrywały. Gruczoły chłonne równocześnie się zmniejszały i ustępowały (Arch. für Derm. und Syph. T. XLII, Z. I). F. K.

F r i e d l ä n d e r na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie zachwala działanie jodwasogenu (połączenie utlenionego węglowodanu z jodem) w różnych cierpieniach przewlekłych w skórze, gruczołach chłonnych, oraz długotrwałych wysiękach w jamach surowiczych, użytego tak wewnętrznie jak zewnętrznie, podnosząc łatwość wchłaniania się tego przetworu przez skórę i błonę śluzową. Wrzody kiłowe szybko się zabliźniały nawet przy wewnętrznem tylko użyciu tego środka. Do wcierań zewnętrznych (2—3 razy dziennie) używał 10 kropli do $\frac{1}{2}$ łyżeczki, z rozczynu 6—10—20%, chociaż silniejsze rozczyny nie mają wcale wyższości. Wewnętrznie podawał 3 razy dziennie, od 3—8 kropli u dzieci, i od 5—30 kropli u dorosłych, najchętniej w mleku, kawie lub wodzie, a nigdy nie spostrzegał nieprzyjemnego zatrucia jodem. W dyskusyi nad tym przedmiotem Senator i Kleist oświadczyli, że oni zalecają ten przetwór także w zwapnieniu tętnic, a nawet w sprawach nerkowych, połączonych z tem cierpieniem. Rubinstein zaś opisuje dobre wyniki w cierpieniach zołzowych po podawaniu przetworów wasogenu, do których zalicza jodoformwasogen ($1\frac{1}{2}$%), kreozotwasogen i gwajakolwasogen (20%). Leczenie zmian gruźliczych wasogenem dało zawsze wynik ujemny. (Kl. ther. Woch. 1898, 20). F. K.

VII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

II.

Pośpiech wielkiego miasta, odzwierciedlający się tak dobrze w zawodzie lekarskim, jak w każdym innym, jest też zapewne główną przyczyną tego, że się na cudzoziemców, po odbyciu pańszczyzny zdawkowych grzeczności, lub po pokazaniu rzeczy najciekawszych, nie zbyt wiele zwraca uwagi w Paryżu. Dalszej przyczyny dopatrywaćby się można w tem, że niesłychana centralizacya wszystkich urządzeń społecznych, odbija się poniekąd i na stosunkach lekarskich. Wydział lekarski paryski, wpływając przeważnie na wybór „agrégés“ (to jest czegoś pośredniego między docentem a profesorem nadzwyczajnym), i na obsadę katedr na prowincyi, rozporządzając ogromnym materyałem klinicznym, spycha wszystkie wszechnice prowincyonalne w głęboki cień i nie obawia się współzawodnictwa, którego nie wytrzyma przecie ani Montpellier, ani nawet buntujący się potrochu Lyon, że wymienię tylko te dwa wydziały, podnoszące się nieco nad szary poziom reszty. To też nie zależy tu chyba nikomu tak bardzo na przyciągnięciu „obcych“, o których wiadomo, że do „stolicy świata“ zawsze ciągnąć muszą, bo brak „wolnej konkurencyi“, tak znamiennej w uniwersytetach niemieckich, starających się wzajemnie się prześcignąć. Toż w roku zeszłym omal, że nie zamknięto podwoi wszechnicy paryskiej dla cudzoziemców, bez wyjątku! Dlatego w ostatecznym wyniku każdy przybysz skazany jest w końcu na własne siły i przedsiębiorczość; żadnych zasad ogólnych, którymiby się należało kierować dla oszczędności czasu i pracy, ustanowić nie można, i dlatego to, jak wspomniałem na początku, gdyby nawet miejsce i siły były po temu, niewiele byłoby pożytku z usiłowań opisania tego wszystkiego, co ciśnie się pod pióro.

Pożyteczniejsza wydaje mi się próba sprawozdania z tutejszego ruchu naukowego, a przynajmniej ze współczesnych jego dorobków. Chociaż medycyna francuska dziś może już nie przoduje tak postępowi naszej nauki, jak pod każdym względem dawniej zdawała się przodować, to jednak dużo jeszcze ożywienia na tem polu i tok badań płynie wartkim i szerokim strumieniem. Sprawozdania z czasopism peryodycznych nie dają jednak, mojem zdaniem, pełnego

jego obrazu, ponieważ tutejszy ruch naukowy w części tylko zostawia ślad w wyczerpujących pracach w łamach prasy, a w drugiej części kieruje się gdzieindziej i tętni w mało, a przynajmniej mniej u nas znanych, czytanych i streszczanych, biuletynach i sprawozdaniach towarzystw naukowych. Powiedziałbym, że właśnie w tych towarzystwach, z których rych niewszystko odźwierciedla się w dziennikach lekarskich, odgrywają się sprawy najważniejsze; zdaje mi się, że główną cechą tutejszego ruchu naukowego jest to, iż żadna prawie praca, żadne spostrzeżenie nie unika ustnych rozpraw, czego kto wie, czy i namby nie należało naśladować. Charakter i waga tych towarzystw, nader licznych, są bardzo rozmaite, zależne często wprost od ilości „krzeseł akademickich", gdyż większość bodaj ważniejszych gron naukowych posiada ustrój akademii i ograniczoną liczbę członków rzeczywistych, korespondentów itd. Najwyżej w hierarchii stoją obie akademie, to jest lekarska i przyrodnicza („des sciences"), bo w tej ostatniej rozprawy potrącają też nieraz o zagadnienia lekarskie; o krześle w tych akademiach marzy niejedna niepopularna znakomitość nadaremno przez całe życie, wiecznie, jak niegdyś Zola, pukając do wrót, zamkniętych dla zwykłych śmiertelników; ale też obie akademie to najcięższe maszyny, najwięcej przypominające (dawniejsze) parlamenty, w których nudnego mowcy słucha tylko jego osobisty nieprzyjaciel, a znaczna część posiedzenia schodzi na rozmaitych imiennych głosowaniach, urzędowych nieciekawych sprawozdaniach i tem podobnych „kwestyach formalnych". Przeciwieństwem akademii są niektóre małe towarzystwa, jak naprzykład anatomiczne: w małym pokoiku, zmniejszonym jeszcze przez nieuporządkowane stosy ksiąg i broszur, schodzi się małe grono i przedstawia w szybkiem tempie mnóstwo małych spostrzeżeń, ciekawych okazów, nie tracąc nadaremnie czasu na „literaturę"; potem następuje mała rozprawa, zagadnienia sporne prędko wyjaśniają doświadczeńsi i starsi, a całość robi wrażenie poufnej, lecz za to tem szczerszej pogadanki między przyjaciółmi, którzy się wzajemnie pragną czegoś naprawdę nauczyć. Pośrodku możnaby postawić te towarzystwa, które największe tu zresztą mają znaczenie, i najbogatsze w różnobarwną treść toczą rozprawy; byłyby to: „Société de biologie", „Société médicale des Hopitaux" i „Société de Chirurgie". Żadne z nich nie zamyka się wyłącznie w swej specyalności i można usłyszeć coś o wynikach badań klinicznych tak dobrze w pierwszem, jak wnioski z jakichś doświadczeń lub poszukiwań anatomicznych w dwóch drugich. Odrębną gromadę stanowią oczywiście towarzystwa mięszane, złożone z przedstawicieli różnych zawodów, jak n. p. „Société de medecine légale".

Ruch naukowy,ześrodkowujący się w takich i tym podobnych towarzystwach, a odźwierciedlający się tylko w ułamkach w prasie lekarskiej, przejawia się niekiedy, a to już szczególnie w działach klinicznych, w sposób zupełnie odrębny, gdzieindziej chyba nie spotykany, mianowicie w wykładach klinicznych. Zdarza się nieraz, że rzuciwszy myśl nową w jakiemś towarzystwie, autor rozwija ją dalej, popiera nowemi spostrzeżeniami, lub nawet wogóle poraz pierwszy wygłasza w sali wykładowej, czekając z ogłoszeniem jej w druku na jeszcze większe doświadczenie, na jeszcze liczniejsze przypadki, na ukończenie badań, lub na jakiegoś młodszego swego pomocnika, który zada sobie trud podjęcia myśli szefa i albo ją rozwinie w swej „tezie" doktorskiej, albo spisze i wyda pod tarczą uznanej powagi. Ztąd nieraz w rok dopiero i później po istotnem ogłoszeniu, spotkać można niejedną nową zdobycz „czarno na białem", i to nieraz trzeba mozolnie jej szukać, wśród niezliczonego mnóstwa rozpraw dyplomowych, przedstawiających tu, jak wszędzie, najczęściej mniej niż mierną wartość. Ztąd odnajduje się nieraz bardzo ważną uwagę lub ciekawe spostrzeżenie w seryi wykładów klinicznych tego lub owego profesora, zabłąkane wśród mniej ciekawych ustępów, dopiero w długi czas potem, gdy tu dawno stała się ona własnością ogółu Z tych zaś właśnie rzeczy w prasie lekarskiej najczęściej niema żadnego śladu.

Że tak się dzieje, zrozumieć tem łatwiej, skoro się zważy ogromną wolność nauczania, panującą tutaj, nie mniejszą, jeżeli nie większą od wolności uczenia się. Nietylko profesorom zwyczajnym i nadzwyczajnym („agrégé"[4]) przysługuje prawo nauczania, mają je tu prawie z obowiązku asystenci („chef de clinique"), wykładający często w zastępstwie profesora lub zupełnie samodzielnie; ma je tu każdy kierownik oddziału szpitalnego („prymaryusz" — „medecin des hopitaux"), jeżeli tylko chce i ma się czem podzielić ze słuchaczami; takich wykładów, poza uniwersyteckich, nieraz ogromnie uczęszczanych, jest moc niezliczona; w końcu każdy lekarz, posiadający klinikę prywatną, może bez przeszkody z czyjejkolwiek strony nauczać, nie będąc ani profesorem, ani lekarzem szpitali publicznych; a jeźli porozumie się z wydziałem lekarskim, bez większych trudności może nawet na ten cel rozporządzać jedną z sal uniwersyteckich. I na te wykłady również każdy ma wstęp wolny, kto tylko chce słuchać, tak samo, jak do rozporządzenia każdego lekarza i studenta stoi bogata biblioteka wydziału lekarskiego, wygodnie urządzona i dobrze obsłużona, co jest niezmiernie pod każdym względem korzystne[4]).

Ten szczególny charakter tutejszego ruchu naukowego, jest powodem, że sprawozdania z niego mogą być nie bez pożytku, jeśli się jest blizko i może bezpośrednio śledzić jego tok, zbierając i zapisując szczegóły, uronione przez czasopisma lekarskie. Rozważywszy to, postanowiliśmy z kolegą Brudzewskim podzielić się robotą sprawozdawczą, zamiast zapełniać łamy „Przeglądu" mało znaczącemi, zdaniem naszem, opisami ustroju studyów, urządzenia klinik itd.; na mój dział przypadło wszystko, co nie jest chirurgią w najszerszym zakresie, a więc także ginekologią, okulistyka itd. W naszych zapiskach zdarzy się zapewne niejedno, co znaleźć można także w dziennikach lekarskich francuskich; wiele też szczegółów stamtąd nam uzupełniać przyjdzie, bo niepodobna być wszędzie i spamiętać wszystko; nie uchronimy się też od niejednego zapewne błędu, ilekroć przyjdzie nam przekroczyć granice właściwych naszych działów; jednakże na usprawiedliwienie może posłużyć chęć dobra i stara zasada:

„Ultra posse nemo obligatur"[5]).

Bakteryologia w najszerzej pojętym zakresie ciągle jeszcze stoi na pierwszym planie. Przedewszystkiem wiele mówiono w ostatnich czasach o prątku błoniczym. Simonin i Benoist (S. B.) potwierdzają zapatrywania Rouxa i Martina, że prątki tak zw. rzekomobłonicze nie są niczem innem, jak prątkami błoniczymi z osłabioną jadowitością. Barbier i Tollemer (S. M. H.) podają, że prątek błoniczy stosunkowo często uogólnia się w ustroju, ponieważ wykryli go w rozmaitych narządach (między innymi w ośrodkowym układzie nerwowym 7 razy) w siedemnastu śmiercią zakończonych przypadkach[6]). Cztery podobne spostrzeżenia podał Richardière (S. M. H.); pomimo obecności prątka błoniczego w opuszce rdzenia, nie było w tych przypadkach za życia porażeń. Badając zakażenia mięszane w błonicy, próbuje Barbier podać kliniczne różnice błonicy czystej, jego zdaniem zawsze zapomocą surowicy wyleczalnej, od błonicy, w której, obok prątka Löfflera, biorą udział paciorkowce itp. Według Barbiera sama błona rzekoma nie przedstawia żadnych różnic znamiennych; natomiast błona śluzowa

[4]) Doskonałość urządzenia jest istotnie godna uznania; biblioteka otwartą jest prawie cały dzień, aż do wpół do jedenastej w nocy; bez większej trudności można uzyskać stałą kartę do tak zw. »salle réservée« i tam gospodarować do woli w czasopismach, obficie zebranych, co ogromnie ułatwia poszukiwanie potrzebnego w danej sprawie piśmiennictwa. Bieżące czasopisma łatwo znaleść w czytelni, urządzonej przez zarząd »Médecine moderne«, dostępnej każdemu lekarzowi i studentowi — bezpłatnie.

[5]) Sprawozdania nasze odnoszą się do ostatniego czteromiesięcznego okresu. Oznaczamy w skróceniu: Ac. M. = Academie de Medecine. Ac. Sc. = Ac. des Sciences, S. B = Société de Biologie, S. m H. = Société med. des Hopitaux, S. Ch. = Soc. de Chirurgie.

[6]) Spostrzeżenia te nie są nowością; znacznie wcześniej od badaczy francuskich przeprowadził w tym kierunku zajmujące badanie Dr. Julian Nowak (ob. »Centralblatt f. Bacter«, 1897).

gardła w sąsiedztwie nalotów ma być w czystej błonicy bladą, dalej nie pojawiają się podobno w tej postaci choroby wypociny śluzoworopne, obrzęk gruczołów, białko w moczu i gorączka ma być nie wielka, tętno znacznie przyspieszone, cera blada. Wnioski te opierają się na 224 dokładniej spostrzeganych przypadkach błonicy.

Cierpienie, podobne do błonicy i zwłaszcza z początku mogące dać powód do pomyłek rozpoznawczych, lecz etyologicznie i w dalszym przebiegu odrębne, a kończące się zawsze wyzdrowieniem, opisuje Vincent (S. M. H.). Zmiany sadowią się tylko po jednej stronie, a obok nalotów, wśród objawów ogólnych i zawsze występującego obrzęku gruczołów podszczękowych, szybko pojawiają się owrzodzenia. Naloty znikają około szóstego dnia, poczem szybko następuje wyzdrowienie; przebieg sprawy ma się skracać wskutek pędzlowań nalewką jodową. Rozpoznanie jest jedynie możliwe na podstawie badania drobnowidowego, które wykazuje brak prątków błoniczych, a obecność długich (10—12 μ), wrzecionowato w środku zgrubiałych prątków, nie barwiących się sposobem Gramma, obok niekiedy obfitych „spirillów„. Próby hodowli nie powiodły się. Na następnem posiedzeniu (S. M. H.) opisał Lemoine podobne przypadki, nadmieniając, że bardzo często przechodzą one w cierpienie przewłoczne (3 razy na 5 spostrzeżeń; w jednym przypadku wyleczenie dopiero po 70 dniach) i że właściwy charakter wrzodziejący sprawy pozwala na stanowcze odróżnienie od błonicy. już po dobie lub dwóch, nawet bez badania drobnowidowego.

W roku zeszłym zwrócono poraz pierwszy uwagę na to, że „micrococcus tetragenus“. zwykle nieszkodliwy, niekiedy okazuje własności chorobotwórcze i może być przyczyną nawet zabójczych spraw chorobowych. Świeżo Bezançon i Lepage (S. M. H.) podali przypadek śmiercią zakończonego ropnego zapalenia opon w okolicach dolnej części rowka Rolanda i tylnego odcinka zatoki Sylwiusza, wywołanego przez „tetragenus“. Za życia istniały napady padaczkowate, ból i zawroty głowy, poczem stopniowo rozwinęło się porażenie, naprzód górnej, potem dolnej kończyny po stronie lewej. Apert (S. B.) opisuje odrębną postać zapalenia błony śluzowej gardła, wywołaną przez „tetragenus“, a cechującą się drobnemi białemi plamkami na zaczerwienionych łukach, podniebieniu miękkiem itd.

Obok takich, przypadkowych prawie odkryć, stwierdzających własności chorobotwórcze drobnoustrojów dobrze znanych, których o nie nie posądzano, nie brak usiłowań, zmierzających do wykrycia swoistych zarazków w tych cierpieniach, uważanych za zakaźne, których etyologia dotąd mało została wyjaśnioną. Pomijając badania Bosca (Ac. des Sc.), który w rakach i mięsakach opisuje aż pięć odmian pasorzytniczych, jak sądzi, tworów, wspomnieć tu należy o poszukiwaniach Tribouleta i Coyona (S. B.), dotyczących ostrego gośćca stawowego. Znaleźli oni w 11 przypadkach tej choroby odrębny „coccobacillus“; zapomocą jego hodowli zdołali u królików wywołać zapalenie śródsierdzia, anatomicznie zupełnie podobne do tej zmiany u ludzi w przebiegu gośćca. Mimoto, niewywoławszy zapomocą wykrytego drobnoustroju doświadczalnie typowego zapalenia stawów, wahają się jeszcze w ostatecznych wnioskach. W rozprawach zwrócił uwagę Charrin na to, że należałoby dokładniej zbadać stosunek, jaki łączyć może wykryty „coccobacillus“ z pospolitymi ziarenkowcami (kokkami) ropnymi, spotykanymi nader często w gośćcowem zapaleniu stawów i zaznaczył, że nawet wywoławszy zapomocą ziarenkowca Tribouleta u zwierząt zapalenie stawów, nie możnaby jeszcze uważać tego drobnoustroju za wyłącznie swoisty czynnik w gośćcu, ponieważ, jak wiadomo, bardzo wiele rodzajów bakteryj, nie zostających z gośćcem w żadnym związku, może być przyczyną zapalenia stawów [7]). Natomiast Apert (S. B.) podaje spostrzeżenie, zgodne poniekąd z wynikami badań Tribouleta. Mianowicie w przypadku tak zw. „chorée rhumatismale“, to jest pląsawicy, występującej okresowo naprzemian z napadami ostrego gośćca stawowego, a powikłanej zapaleniem śródsierdzia, wyhodował A. z krwi chorego dwuziarenkowca (diplokoka), zupełnie podobnego do ziarenkowca Tribouleta.

W zakresie chorób ostrych osutkowych zanotować należy doświadczenia Josiasa (Ac. M.), które są może pierwszym krokiem do wykrycia swoistych zarazków, dotąd wymykających się z rąk badaczom. Mianowicie zdołał Josias wywołać doświadczalnie odrę u małp, pędzlując im błonę śluzową gardła i nosa śluzem z nosa dzieci, zebranym w pierwszych dniach osutki.

Dr. Ciechanowski.

[7]) Niedawno Galliard i Morely (S. M. H.) opisali przypadek zapalenia stawu nadgarstkowego, wywołanego przez »pneumokoki« w przebiegu zapalenia płuc.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 16 Czerwca.

VIII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1—3 Sierpnia r. b.

W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami:

171) Dr. Dydyński z Warszawy: „O rozpadzie myeliny i produktach rozpadu“. 172) Tenże. Temat zastrzeżony. 173) Dr. Guttentag z Łodzi: „Tężyczka u dzieci“. 174) Dr. Ludwik Jekeles z Bystrej: Temat zastrzeżony z dziedziny balneologii. 175) Dr. Eljasz-Radzikowski St. ze Lwowa: „Zachowanie się mikroskopowe krwi w niedokrewności urazowej (anaemia traumatica) z uwagami klinicznemi“. 176) Dr. Gluziński ze Lwowa: temat zastrzeżony. 177) Dr. Marischler ze Lwowa: „Przemiana materyi przy wzrastającej i ustępującej opuchlinie jamy brzusznej“ (ascites). 178) Tenże: „O zachowaniu się połączeń siarki przy niedokrewności złośliwej (anaemia perniciosa)“. 179) Dr. Rencki ze Lwowa: „O zachowaniu się i wartości rozpoznawczej badania krwi przy wrzodzie i raku żołądka, ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej“. 180) Tenże. „O znaczeniu rozpoznawczem badania mikroskopowego przesięków i wysięków surowiczych“. 181) Dr. Schramm ze Lwowa: „Leczenie wodogłowia zapomocą drenowania śródczaszkowego“.

* Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza w dniu 10 czerwca b. r. odbytem

1) Doc. Dr. Baurowicz mówił o antyseptyce w badaniu i leczeniu chorób krtani.

2) Dr. Krzyształowicz przedstawił i opisał przypadek kiły 3cio-rzędnej języka.

3) Dr. Ackermann przedstawił ozdrowieńca po operacyi mięsaka wychodzącego z podstawy czaszki.

4) Dr. Dika przedstawił przypadek rozległego wrzodu podudzia, leczonego opaskami cynkowo-kleinowemi.

* Wynik narady, odbytej przed tygodniem u łoża prof. Obalińskiego, mylnie podały niektóre dzienniki codzienne. Profesorowie Neisser i Mikulicz. zgodnie z dotychczasowem zdaniem kolegów krakowskich, rozpoznali nieżyt dwunastnicy, oraz kamicę żółciową i odjechali z tem przekonaniem, że woda karslbadzka uzdrowi radykalnie chorego. Osoba prof. Obalińskiego zajęła siłą pierwszorzędnych i różnorodnych zasług naczelne stanowisko w naszym świecie lekarskim; zalety serca uczyniły go najpopularniejszym i, powiedzmy po prostu, najwięcej kochanym kolegą; przekonani więc jesteśmy, że treść naszego sprostowania wywoła radosny oddźwięk w sercach wszystkich, którzy mieli możność poznać i ocenić czcigodnego profesora. Zdrowie prof. Obalińskiego z każdym dniem poprawia się i wróży niedaleki powrót do zajęć zawodu i powołania.

* Galicyjski inspektor przemysłowy, w sprawozdaniu za rok 1897, zaznacza 1084 nieszczęśliwych wypadków w Galicyi, z których 778 wydarzyło się we właściwym przemyśle, 273 na kolejach i w warsztatach kolejowych, a tylko 33 w rolnictwie. Z liczby 778 wypadków w przedsiębiorstwach przemysłowych, z których 81 było śmiertelnych, przeszło połowa (416) przypada na przemysł drzewny, 140 na budowlany. Przyczynę tego złego stanu dopatruje p. Inspektor w braku odpowiedniego nadzoru, w niedoświadczeniu robotników i lekkomyślnem urządzaniu przedsiębiorstw.

Liczba katastrof i nieszczęśliwych wypadków w przemyśle podnosi się w sposób zastraszający z roku na rok: było ich w roku 1897 w Przedlitawii 55,276, o 1800 więcej niż w roku 1896.

Co do chorób, jakim ulegają robotnicy w zawodowej pracy, to były one w roku 1897 te same, co i w latach poprzednich; ilościowo i jakościowo nic się tu nie zmienia, gdyż nic się nie robi, aby ten stan rzeczy poprawić; wiele urządzeń ochronnych, swego czasu zaprowadzonych, obecnie albo wcale nie istnieje, albo jest w stanie do użytku niemożliwym.

* Lekarz powiatu podgórskiego, Dr. Mieczysław Dębowski, mianowany został starszym lekarzem powiatowym.

* W dniu 1 maja b. r. wykazano ospę w Galicyi w 25 powiatach i 96 gminach; dur osutkowy — w 24 powiatach i 44 gminach.

* Sprawozdanie zarządu pomocy koleżeńskiej lekarzy Polaków w zaborze pruskim za rok 1896—1897 zaznacza pomyślny rozwój tej instytucyi. Pierwotna liczba członków w ciągu tych dwóch lat podwoiła się, a tem samem urósł stosunkowo i kapitał żelazny. Gdy jednak liczba członków wynosi zaledwo czwartą część ogólnej liczby lekarzy Polaków w państwie pruskiem, dalsze i niesłabnące wpisywanie się do tego Stowarzyszenia jest wielce pożądane pod każdym względem.

* Dr. Norbert Gertler, lekarz w Krakowie, otrzymał na mocy reskryptu c. k. Ministerstwa handlu z dnia 2 marca 1898 r., a w Węgrzech z dnia 27 maja 1898 roku, wyłączny przywilej, z prawem pierwszeństwa w Austro-Węgrzech z dnia 22 stycznia 1898 roku, na proszek do spluwaczek „Antysputol". Nadto stara się o patenty w innych państwach.

Proszek ten, jak nam donosi Dr. Gertler, ma następujące zalety: 1) wstrzymuje rozwój i zabija drobnoustroje chorobotwórcze; 2) uniemożliwia rozkład plwocin; 3) nie jest trującym dla ustroju ludzkiego i zwierzęcego; 4) wchłania łatwo plwociny; 5) ma przyjemną woń; 6) oczyszcza powietrze w pokoju i zapobiega rozwojowi drobnoustrojów, wreszcie, co najważniejsze, 7) będzie bardzo tani.

Doświadczenia, przeprowadzone z tym proszkiem w Zakładzie higieny Prof. Dra Bujwida wykazały, że nawet w ciepłocie 37·5° C., do której ciepłota pokojowa prawie nigdy nie dochodzi, gronkowce, paciorkowce, prątki błonicy Löfflera, cholery azyatyckiej, duru brzusznego, dżumy (pestis), wąglika (hodowle 12—18 godzinne) i prątki gruźlicze zostają zupełnie zniszczone.

Przeprowadzono również doświadczenia z plwocinami suchotników, u których stwierdzono jamy gruźlicze, a przy badaniu drobnowidowem wykazano ogromną ilość prątków gruźliczych. Doświadczenia te wykazały, że „Antysputol" zniszczył wszelkie drobnoustroje z zarodnikami zawarte w plwocinach, gdyż świnki morskie, jak wiadomo, najczulsze na gruźlicę, szczepione plwocinami gruźliczemi, zaprawianemi antysputolem, nie padły i żyją już 5—6 miesięcy; przeciwnie zaś, kontrolne świnki poginęły na ogólną gruźlicę, stwierdzoną sekcyą.

Sprawa ta jest bardzo ważną i na czasie, wobec groźnego szerzenia się gruźlicy i innych chorób zakaźnych zapomocą plwocin. Byłoby bardzo wskazanem, aby Dr. Gertler okazał swój proszek na Zjeździe lekarzy polskich w Poznaniu i aby dla dobra społecznego w jak najkrótszym czasie rozpowszechnił swój wynalazek. Jak z ust wynalazcy dowiedzieliśmy się, „Antysputol" ukaże się w handlu w najbliższym czasie.

* W wykazie lekarzy Polaków, praktykujących podczas obecnego sezonu w miejscach kąpielowych, pominięte zostało nazwisko Dra St. Eljasza-Radzikowskiego, który ordynować będzie, jak lat poprzednich, w Zakopanem.

* Dr. Franciszek Cholewicz ordynować będzie w bieżącym sezonie w Szczawnicy.

* Notatkę naszą o stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w Galicyi („Przegl. lek.", Nr. 23) winniśmy uzupełnić wiadomością, zasięgniętą z urzędowego źródła, że prócz bocheńskiej Rady powiatowej, która uchwaliła ryczałt roczny na zakupno surowicy przeciwbłoniczej, Rada powiatowa wadowicka łoży na ten sam cel od dwóch lat po 100 złr. rocznie.

* Dzienniki rosyjskie donoszą, że prof. kijowskiego Uniwersytetu, Dr. Podwysocki, otrzyma przeznaczenie do zorganizowania Wydziału lekarskiego w Odesie i w krótkim czasie zostanie mianowany dziekanem tego Wydziału.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich na Uniw. Jagiell. otrzymali: Rudolf Breiter i Wojciech Stankiewicz.

* Jeszcze jeden pierwiastek składowy powietrza: Na ostatniem posiedzeniu francuskiej Akademii umiejętności odczytał prof. Berthold list londyńskiego profesora Ramsaya, w którym donosi, że destylując 800 sześć. cent. płynnego powietrza, stwierdził on w ostatnich 10 sześcien. cent. nowy, nieznany gaz, który daje 2 piękne smugi widmowe: żółtą, sąsiednią z smugą sodu i zielonawą, tuż przy smudze helium. Nowy gaz, który prof. Ramsay nazwał »kryptonem« (utajony), jest cięższy od tlenu i ma c. g. 22,47. Tlen ma c. g. 16.

* Na jednem z ostatnich posiedzeń francuskiej Akademii umiejętności okazał prof. Arsonval pełną szklankę płynnego powietrza, które w tym stanie ma barwę żółtą i jest nieprzeźroczystem; oczyszczając ten płyn z zlodowaciałych kryształów kw. węglowego, otrzymujemy ciecz przejrzystą i błękitnawą. W pracowni w *Collège de France* wytwarzają maszyną o sile dwóch koni litr ciekłego powietrza w ciągu jednej godziny.

Mianowania i odznaczenia: Profesor petersburgskiego lekarskiego Instytutu żeńskiego, Dr. Zaleski, otrzymał stopień rzeczywistego radcy stanu. Prymaryusz oddziału chirurgicznego w Berlinie, Dr. Körte, otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego. Docent higieny w Bonn, Dr. Krause, mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Mateusz Rotwand, lat 89, w Warszawie. Dr. Włodzimierz Załoziecki, prymaryusz szpitala czerniowieckiego, prezes bukowińskiej Izby lekar., zmarł we Lwowie w 56 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Nowinach lekarskich* Nr. 6: Dra Czarneckiego: O rzadkim wypadku wywichnięcia kręgosłupa szyjnego z zejściem śmiertelnem. Dra Strojnowskiego: Przypadek niedowładu poprzecznego dolnego na tle przymiotowem. W *Zdrowiu* (Zeszyt 153): Artykuł wstępny w sprawie warszawskiego Towarzystwa higienicznego. Dra S. D.: W sprawie urządzania chłodni w miastach dużych. Dra Buszka: Sprawozdanie zdrowotne uzupełniające za rok 1896 (dok.). Dra Polaka: Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych (dok.). W *Medycynie* Nr. 24: Sonnenberga E.: Przypadek zniekształcenia włosów bakteryjnego pochodzenia. Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu* (c. d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 24: Hoyera H.: Wskazówki dla badań mikroskopowych układu nerwowego. Luxenburga J.: Zmiany morfologiczne, towarzyszące czynności komórek ruchowych rdzenia. Finkielkrauta B.: Przyczynek do kazuistyki ciąży zewnątrzmacicznej na podstawie jedenastu przypadków.

Redakcya otrzymała:

— Zarys programu VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, 1898.

— Prof. Dr. Beck A.: Ueber die Giftwirkung des Harnes (odbitka, Bonn, 1898).

— Tenże: Zur innervation der Speicheldrüsen (odbitka, Wieden, 1898).

— Dr. Pomorski: III-cie Sprawozdanie z lecznicy w Poznaniu. Poznań, 1898.

— Prof. Dr. Beck A.: Badania nad unerwieniem gruczołów ślinowych. Kraków, 1898.

— Doc. Dr. Schiff E. i Dr. Freund L.: Beiträge zur Radiotherapie (odbitka), Wieden, 1898 r.

— Dr. Bulikowski St.: Noch einige Worte über die Nothwendigkeit durch Staatsgesetz geregelter Prophylaxe der Tuberculose, (odbitka), 1898 r.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Ogłoszenie konkursu.

Wydział powiatowy w Horodence ogłasza niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Czernelicy.

Płaca roczna wynosi 500 złr. z funduszu powiatowego, 200 złr. z funduszu gminy i 250 złr. jako ryczałt Wysokiego Wydziału krajowego na objazdy.

Starający się o posadę wykazać się ma:

1. dyplomem doktora nauk lekarskich;
2. praktyką dwuletnią w zawodzie lekarskim;
3. obywatelstwem austryackiem;
4. świadectwem zdrowia;
5. znajomością języków krajowych. 131—3—2

Termin zgłoszenia się do **30 czerwca 1898.**